

УДК 616.85-092:[616.379-008.84+616-092]

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.97077

ДОСЛІДЖЕННЯ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ РОЗШАРУВАНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ ВАЖКОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

© О. В. Ткаченко

Встановлено патоперсоналогічні особливості хворих на цукровий діабет 2-го типу важкого ступеня тяжкості. Виділено п'ять типів патоперсоналогічних розширень у хворих на цукровий діабет 2-го типу важкого ступеня тяжкості, що розширює уявлення про діабетичну патоперсоналогію. Встановлено домінуючі типи патоперсоналогічних розширень та їх вплив на комплаєнс хворих до терапії

Ключові слова: цукровий діабет 2-го типу, патоперсоналогія, психопатологічні порушення, психічні розлади, комплаєнс

1. Вступ

Цукровий діабет (ЦД) 2-го типу представляє одне з найресповсюдженіших захворювань в практиці ендокринолога [1]. Особливістю ЦД 2-го типу є те, що одним з ключових чинників його розвитку є особливості особистості хворих [2]. Тому вивчення патоперсоналогічних якостей хворих на ЦД 2-го типу має бути одним з пріоритетних напрямків [3].

Поширеність ЦД встановлюють на рівні 7 % серед загальної людської популяції, а в Україні – близько 4,8–9,6 % [4]. Ці показники демонструють необхідність проведення подальших досліджень, більш глибоких по вивченню нових можливостей щодо покращення діагностики та лікування ЦД 2-го типу [5].

Втім, як і для всіх психосоматозів, до яких відноситься ЦД 2-го типу, окрім соматичних проявів характерна наявність коморбідної психічної патології різного ступеня виразності, яка розташована у площині «симптом – синдром – розлад» [1].

У науковій літературі зазначається, що найпоширенішими психічними порушеннями у хворих на ЦД 2-го типу виступають порушення настрою, передусім, депресивного та тривожного спектру [6]. Дані стани приводять до порушення комплаєнсу хворих до терапії за рахунок втрати інтересу до будь-якої діяльності, втрати поглядів на майбутнє і через це, до відмови до вживання препаратів [7]. Також у хворих на ЦД домінують порушення сну у вигляді труднощів засинання та ранніх прокидань, що чинить психопатогенетичний вплив на посилення ознак депресії та неврастенічних проявів, що опосередковано веде до порушення комплаєнсу [8]. Рядом авторів зазначається, що на тлі ЦД 2-го типу виникають когнітивні розлади. Вони призводять до зниження комплаєнсу до терапії через зниження усвідомлення свого захворювання та порушення осмислення, що заважає пацієнтам дотримуватися режиму прийому препаратів [9]. Втім, у цьому ряду психопатології не вистачає патоперсоналогічних проявів, які є так само притаманні хворим на ЦД 2-го типу.

2. Обґрунтування дослідження

Психічні порушення, коморбідні ЦД 2-го типу, можуть розвиватися на різних етапах перебігу ЦД і виявлятися психопатологічними синдромами психогенного, соматогенного, органічного регістрів [6]. Втім, закономірно очікувано, що наявність психічних порушень у якості ускладнень ЦД найчастіше виявляється серед хворих на ЦД 2-го типу важкого ступеня тяжкості [8]. У більшій мірі це стосується набуття хворими не характерних для них рис особистості або загострення наявних персоналогічних якостей до виражених акцентуацій характеру або, навіть, психопатій [9].

Недостатня вивченість ендокринної патоперсоналогії та неодмінний вплив патоперсоналогічних якостей особистості, в тому числі набутих внаслідок ЦД, на комплаєнс хворих до терапії, зумовлює високий пріоритет їх дослідження та важливість й актуальність встановлення структури патоперсоналогічних розширень у хворих на ЦД 2-го типу.

3. Мета дослідження

Дослідити патоперсоналогічні особливості хворих на ЦД 2-го типу важкого ступеня тяжкості для розширення уявлень щодо коморбідних ЦД 2-го типу психічних порушень та їх впливу на комплаєнс хворих до терапії.

4. Матеріали і методи

За умов усвідомленої інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базах КУ «Запорізька міська клінічна лікарня № 10» та КУ «Обласний клінічний ендокринологічний диспансер» Запорізької обласної ради було обстежено 174 хворих на ЦД 2-го типу важкого ступеня тяжкості, які проходили стаціонарне лікування; середній вік у групі становив $(61,8 \pm 0,85)$ років. Серед них: 89 жінок та 85 чоловіків. Достовірних відмінностей між групою жінок та чоловіків за віком, сімейним та соціальним станом, тривалістю ЦД 2-го не було. Хворі отримували лікування: інсулінотерапія та пероральні цукрознижуючі препарати (метформін, гліметірид, гліклазид, гліпизид) або їх комбінація.

Лікування хворих із різними патоперсонологічними зрушеннями не відрізнялось.

Критерії включення: ЦД 2-го типу, наявність макросудинних ускладнень таких як діабетична ретинопатія препроліферативна стадія, діабетична нефропатія стадія протеїнурії, вегетативна полінейропатія, серцева недостатність I–II функціонального класу.

Критерії виключення: відсутність хронічних ускладнень ЦД 2-го типу, досягнення компенсації ЦД 2-го типу за допомогою лише дієтотерапії та модифікації способу життя, ЦД 1 типу, вторинний ЦД, гестаційний ЦД, панкреатектомія, наявність лише мікросудинних ускладнень таких як діабетична ретинопатія непротроліферативна стадія, діабетична полінейропатія), наявність макросудинних ускладнень таких як гострий коронарний синдром, інфаркт міокарда, інсульт, серцева недостатність III–IV функціонального класу, діабетична ретинопатія проліферативна стадія, синдром діабетичної стопи, ШКФ (швидкість клубочкової фільтрації) ≤ 30 мл/хв (за формулою CKD–EPI).

Методи дослідження: анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний.

В рамках психодіагностичного дослідження використовували: Характерологічного опитувальника К. Леонгарда – Г. Шмішека (K. Leonhard – H. Schmieschek, 1970) – з метою встановлення особливостей особистості хворих, Коротку шкалу оцінки психічного статусу (Mini Mental State Examination, MMSE, M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh, 1975) – з метою встановлення наявності психоорганічного синдрому та рівня його виразності та Шкалу комплаєнтності Моріскі – Грин (4-item Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-4, D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine, 1985) – для встановлення рівню комплаєнсу до терапії.

Для статистичної обробки отриманих даних використовувалися методи клінічної, описової та математичної статистики (в тому числі критерій Пірсона χ^2 з універсальним значенням статистичної ймовірності р).

5. Результати дослідження

За результатами дослідження встановлено, що лише 5 хворих на ЦД 2-го типу важкого ступеня тяжкості (2,87 %) мали гармонійну особистість, решта 169 хворих (97,13 %) мали патоперсонологічні зрушення різного ступеню виразності.

На підставі аналізу патоперсонологічного профілю хворих, виділено наступні типи патоперсонологічних розшарувань у хворих на ЦД 2-го типу, які покладено в основу *діабетичної патоперсонології*.

1. *Психоорганічний тип* – формувався під впливом розвитку діабетичної енцефалопатії та спровокованого нею психоорганічного синдрому; цей тип має найбільш дисконплаєнтний характер і виявляв два підваріанти:

– *дефіцитарний* – виявлявся у погіршенні осмислення і домінуванні гіпопато-гіпобулічної симптоматики;

– *афективно-лабільний* – формувався на тлі збудливого та застрягаючого типів акцентуації характеру і проявлявся емоційною нестійкістю з перепадами настрою від пустотливого до дисфоричного, та органічно обумовленим негативізмом.

2. *Астено-невротичний тип* – формувався переважно на підґрунті гармонійної особистості та емотивного типу акцентуації характеру за відсутності органічного ураження ГМ і проявлявся домінуванням астеничної симптоматики із невротичним аранжуванням. В контексті комплаєнсу до терапії носив найбільш прокомплаєнтний характер.

3. *Психастено-депресивний тип* – формувався на підставі дистимічного, циклотимічного, педантичного, тривожно-боязкого типів акцентуації характеру і проявлявся домінуванням депресивного настрою на тлі підвищеної роздратованості та тривожності. При цьому типі також частіше зберігалася прокомплаєнта поведінка хворих.

4. *Ерго-гіперстенічний тип* – формувався переважно на тлі гіпертимічного та демонстративного типів акцентуації характеру і проявлявся демонстративністю у відкиданні свого захворювання на тлі завищеного настрою, підвищеною дієвістю та «відходом у роботу». Цей тип мав змішаний прокомплаєнтно-дисконплаєнтний характер.

5. *Іпохондричний тип* – формувався на тлі демонстративного та тривожно-боязкого типів акцентуації характеру і проявлявся у патологічній фіксації на хворобливих проявах з формуванням іпохондрично-індукованої тривожно-фобічної симптоматики. Цей тип також носив змішаний прокомплаєнтно-дисконплаєнтний характер.

Розподіл кількості хворих за типами патоперсонологічних порушень виглядало таким чином:

1. психоорганічний тип:

а) дефіцитарний варіант – виявлявся у 46 хворих (26,44 %);

б) афективно-лабільний варіант – виявлявся у 53 хворих (30,46 %).

2. астено-невротичний тип – виявлявся у 32 хворих (18,39 %);

3. психастено-депресивний тип – виявлявся у 30 хворих (17,24 %);

4. ерго-гіперстенічний тип – виявлявся у 2 хворих (1,15 %);

5. іпохондричний тип – виявлявся у 6 хворих (3,45 %) (рис. 1).

Таким чином, серед хворих на ЦД 2-го типу важкого ступеня тяжкості достовірно домінували типи патоперсонологічних розшарувань, які носили характер факторів дисконплаєнтності, а саме дефіцитарний та афективно-лабільний варіанти психоорганічного типу, тоді як прокомплаєнтний варіант патоперсонологічних розшарувань носив характер четвертого по частоті зустрічаємості серед досліджуваного контингенту ($\chi^2=16.812$, $p<0.01$).

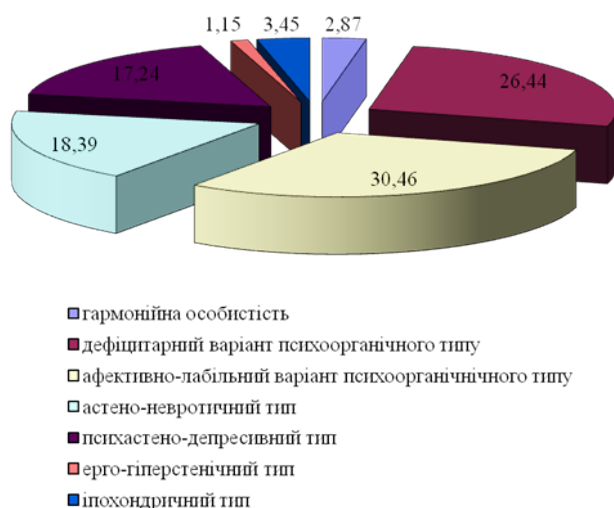


Рис. 1. Розподіл патоперсоналогічних розшарувань серед хворих на ЦД 2-го типу важкого ступеня тяжкості (%)

6. Обговорення результатів дослідження

Гіпотеза про «діабетичну особистість» була висунута ще в другій третині XX сторіччя [1, 10].

З того часу питання діабетичної патоперсоналогії періодично повстає у якості пріоритетного як серед лікарів-ендокринологів, так і серед дослідників психіки хворих – лікарів-психіатрів та медичних психологів.

Окремими дослідниками відзначено, що особистісні порушення у хворих на ЦД 2-го типу представлені в основному аномаліями психастенічного кола. До них згідно з сучасними класифікаціями відносять тривожні, ананкастні і залежні типи особистості. А також, у дещо меншому відсотку, зустрічаються хворі з циклоїдними та епілептоїдними типами особистості. І зовсім рідко – істероїдні, астенічні та шизоїдні типи особистості [11].

Наявність психоорганічного синдрому у хворих на ЦД 2-го типу, навіть такого, що досягає рівня деменції, на сьогодні не підлягає сумніву [7]. У

літературі зазначається, що по досягненні 60 річчя 20 % чоловіків та 18 % жінок хворих на ЦД 2-го типу мають клінічно значущі когнітивні порушення [8].

Втім досі залишалося не дослідженим модифікуючий вплив психоорганічного синдрому на особистість у цілому.

У дослідженні доведено, що спектр патоперсоналогічних розшарувань у хворих на ЦД 2-го типу представляє з себе більш унікальний та широкий пласт патоперсоналогічних проявів, ніж той, що можливо умістити в класичний перелік акцентуацій характеру та розладів особистості, перш за все, внаслідок патопластичного впливу психоорганічного синдрому.

Встановлені типи патоперсоналогічних розшарувань у хворих на ЦД 2-го типу важкого ступеня тяжкості можуть бути покладені в основу діабетичної патоперсоналогії, що покращує якість диференційної діагностики та підходів до терапії та психопрофілактики ЦД 2-го типу, в тому числі й у контексті корекції комплаєнсу до терапії ЦД 2-го типу за рахунок нівелювання рис особистості, що носять дескомплаєнтний характер.

7. Висновки

1. В результаті проведеного дослідження встановлено патоперсоналогічні особливості хворих на ЦД 2-го типу важкого ступеня тяжкості.

2. Виділено п'ять типів патоперсоналогічних розшарувань у хворих на ЦД 2-го типу важкого ступеня тяжкості: психоорганічний (дефіцитарний та афективно-лабільний варіанти), астено-невротичний, психастено-депресивний, ерго-гіперстенічний та іпохондричний типи.

3. Досліджено вплив кожного з встановлених типів патоперсоналогічних розшарувань у хворих на ЦД 2-го типу важкого ступеня тяжкості на комплаєнс хворих до терапії.

4. Встановлено домінуючі типи патоперсоналогічних розшарувань у хворих на ЦД 2-го типу важкого ступеня тяжкості.

Література

1. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина [Текст] / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
2. Jaacks, L. M. Type 2 diabetes: A 21st century epidemic [Text] / L. M. Jaacks, K. R. Siegel, U. P. Gujral, K. M. Narayan // Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2016. – Vol. 30, Issue 3. – P. 331–343. doi: 10.1016/j.beem.2016.05.003
3. Meetoo, D. An epidemiological overview of diabetes across the world [Text] / D. Meetoo, P. McGovern, R. Safadi // British Journal of Nursing. – 2007. – Vol. 16, Issue 16. – P. 1002–1007. doi: 10.12968/bjon.2007.16.16.27079
4. Протокол надання медичної допомоги хворим на неускладнений цукровий діабет [Текст]. – Міністерство охорони здоров'я України, 2009. – № 574. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090805_574.html
5. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Цукровий діабет у молодих людей та дорослих [Текст]. – Міністерство охорони здоров'я України, 2014. – № 1021. – Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_1021_CD1_dor/2014_1021_nakaz_CD1_dor.pdf
6. Degmecic, D. Depression, anxiety and cognitive dysfunction in patients with type 2 diabetes mellitus – a study of adult patients with type 2 diabetes mellitus in Osijek, Croatia [Text] / D. Degmecic, T. Bacun, V. Kovac, J. Mioc, J. Horvat, A. Vcev // Collegium Antropologicum. – 2014. – Vol. 38, Issue 2. – P. 711–716.
7. Esin, R. G. Modern ideas about the mechanisms of cognitive disorders in diabetes mellitus [Text] / R. G. Esin, I. H. Hayrullin, O. R. Esin // Medical almanac. – 2013. – Vol. 1, Issue 25. – P. 135–138.

8. Harris, M. I. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. [Text] / M. I. Harris, K. M. Flegal, C. C. Cowie, M. S. Eberhardt, D. E. Goldstein, R. R. Little et. al. // Diabetes Care. – 1998. – Vol. 21, Issue 4. – P. 518–524. doi: 10.2337/diacare.21.4.518
9. Lou, P. Association of sleep quality and quality of life in type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study in China [Text] / P. Lou, Y. Qin, P. Zhang, P. Chen, L. Zhang, G. Chang et. al. // Diabetes Research and Clinical Practice. – 2015. – Vol. 107, Issue 1. – P. 69–76. doi: 10.1016/j.diabres.2014.09.060
10. Безбах, В. Н. Стратегия лечения и особенности клиники психических расстройств и психосоциальных проблем у больных сахарным диабетом. Социально психиатрические аспекты сахарного диабета [Электронный ресурс] / В. Н. Безбах // Международный эндокринологический журнал. – 2005. – № 1 (1). – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/2296>
11. Зеленин, К. А. Тревожные расстройства у больных сахарным диабетом 2 типа [Текст] / К. А. Зеленин, Ю. В. Ковалев, В. В. Трусов // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 7. – С. 24–31.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Чугунов В. В.
Дата надходження рукопису 21.02.2017*

Ткаченко Ольга Віталіївна, кандидат медичних наук, доцент, кафедра терапії, клінічної фармакології та ендокринології, ДЗ “Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України”, бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096